19
19 3

1922

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Halle a. S.
Direktor: Prof. Dr. Voelcker.

Ueber die gutartigen Knochenneubildungen des Schädels.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der gesamten Medizin

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Thilo Blick

aus

Magdeburg.

Referent: Prof. Dr. Voelcker.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0279

Im Anschluß an einen Fall von Jochbeinexostose: Betrachtung der gutartigen Knochenneubildungen des Schädels.

1. Exostosen: Umschriebene, gutartige, aus Knochengewebe bestehende Gebilde, der Lage nach in Ex- und Enostosen, dem Bau nach in spongiöse, medulläre und eburnisierte, dem Ursprung nach in cartilaginäre und periostale getrennt. Dichtigkeit vom Alter abhängig. Beziehungen zur Ursprungsknochenfläche. Häufigkeit: meist 20 er bis 30 er Jahre, bei Frauen häufiger. Histologische und entwicklungsgeschichtliche Bemerkungen. Aetiologie: Vererbung, Trauma, Rhachitis. Symptome: Druckerscheinungen seitens der Nachbarorgane. Diagnose: Abgrenzung gegen Sarkom. Prognose abhängig vom Sitz und Wachstumsenergie. Operative Therapie.

2. Hyperostosen: Hypertrophische und hyperplastische Vorgänge, von den Exostosen durch Mangel scharfer Umgrenzung unterschieden. Partielle und totale Hyperostose; Leontiasis ossium. Aetiologie: Trauma, Rhachitis, Lues, Störungen der Inneren Secretion. Symptome durch raumbeengendes, druckerzeugendes Wachstum bedingt, können jedoch völlig fehlen; andererseits Exitus durch schwere cerebrale Störungen möglich. Prognose abhängig vom Sitz, bei totaler Hyperostose schlechter. Therapie machtlos.

3. Schädelverdickung nach Heilung eines Hydrocephalus: raumausfüllende Vacatwucherung.

4. Osteophyten: Ossificierende Periostitis der äußeren und viel häufiger der inneren Tafel; normale periostale Knochenentwicklung. Ursache: Reizung des Endo- oder Pericraniums; Gravidität. Bau: osteoides und echtes Knochengewebe.

5. Echte Osteome: Seltene Geschwülste von ausgesprochen blastomatösem Charakter. Spongiöser, medullärer oder elfenbeinerer Bau, centraler oder peripherer Sitz. Unregelmäßigkeiten in dem Bau der Knochenlamellen, Knochenbalken und der Zahl der Knochenkörperchen sowie der Verteilung der Blutgefäße. Abstammung von Marksubstanz oder Periost.

6. Centrale Osteome: nicht echte Blastome, sondern Exostosen im Inneren der pneumatischen Nebenhöhlen der Nase. Vergleich der Anschauungen Cruveilhiers, Arnolds und Virchows. Einteilung in Stirnhöhlen-, Kieferhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinosteome. Schilderung des Wesens, des Aufbaues und der Symptome. Differentialdiagnostische und entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen. (Periostaler Ursprung oder Entwicklung aus foetalen Knorpelresten. Entscheidung für die Tillmann'ssche, beide Möglichkeiten zulassende Theorie.) Operative Therapie, nach Schaffung günstiger Bedingungen.